APPENDICITE

AVEC

SYMPTOMATOLOGIE A GAUCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Janvier 1906

PAR

M. Edmond SENGLAR

Né à Aups (Var), le 12 mai 1879

INTERNE A L'HOPITAL DES MALADIES MENTALES DU VAR (PIERREFEU)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. DE ROUVILLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
GALAVIELLE	JEANBRAU	GUERIN
RAYMOND	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*
TRUC, *professeur.*
JEANBRAU, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Accepte ce modeste travail, faible témoignage de mon grand amour et de ma profonde reconnaissance.

A CEUX QUI ME SONT CHERS

E. SENGLAR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANBRAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

E. SENGLAR.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLETRUD

MÉDECIN EN CHEF DES ASILES D'ALIÉNÉS

DIRECTEUR DE L'HOPITAL DES MALADIES MENTALES DU VAR

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

DE L'INTERNAT DE PIERREFEU

E. SENGLAR.

Sur le seuil de la vie nouvelle qui nous attend, et au moment de rompre à jamais avec l'heureuse insouciance de nos jeunes années, qu'il nous soit permis de jeter un regard en arrière. Quoique tout à la joie d'arriver au terme de nos études, nous ne pouvons nous défendre d'un bien légitime serrement de cœur à la pensée de reléguer au rang des souvenirs les heures regrettées d'une joyeuse vie d'étudiant.

Remontant à nos premières armes dans l'apprentissage médical, nous nous retrouvons à l'Ecole de médecine de Marseille, où, durant quatre ans, nous fûmes l'élève de maîtres distingués et savants, auxquels nous sommes heureux d'adresser ici nos plus sincères remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont donné ; et, en particulier, nous n'oublierons pas M. le docteur Magon, professeur d'anatomie, qui guida nos pas incertains de néophyte. Que ce maître estimé daigne accepter l'hommage de notre thèse inaugurale.

Mais c'est à Montpellier surtout, dans cette atmosphère d'élite médicale, que nous avons puisé le plus clair de nos modestes connaissances. C'est pour nous un impérieux devoir, tout autant qu'une douce joie, de témoigner notre vive reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux ; nous

nous plaisons à reconnaître le souci qu'ils ont eu de nous rendre la tâche légère, en faisant des choses les plus abstraites et les plus ardues des sujets attrayants et d'une compréhension facile.

Messieurs les professeurs Truc et Granel ont eu pour nous une bienveillance dont nous leur saurons toujours un gré infini.

A M. le professeur Forgue, nous adressons nos respectueux remerciements, autant pour les utiles leçons puisées à son enseignement que pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Jeanbrau nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a guidé dans sa rédaction, nous prodiguant ses conseils éclairés ; il nous a toujours accueilli avec une sollicitude que nous ne pourrons oublier ; nous sommes heureux aujourd'hui de lui dédier notre thèse, respectueux témoignage de notre profonde gratitude.

Enfin, avant d'aborder le sujet qui va nous occuper, notre pensée se reporte avec joie vers l'hôpital des maladies mentales du Var, où nous sommes interne depuis l'année 1901 ; nous avons à cœur d'affirmer bien haut notre grande reconnaissance et notre inlassable dévouement à celui qui fut toujours pour nous un chef, dont la bienveillance n'eut d'égale que l'impartialité ; nous avons nommé notre très estimé maître, M. le docteur Belletrud, médecin-chef-directeur de l'Hôpital des maladies mentales du Var.

Nous ne saurions oublier non plus M. le docteur Mercier, médecin-adjoint des Asiles d'aliénés, vers qui vont toutes nos sympathies.

A nos excellents amis, les docteurs Matheron et Caldaguès, nous rappellerons les solides liens d'amitié que nouèrent une incessante camaraderie et maints joyeux épisodes de la vie d'étudiant, que, très vieux, nous évoquerons encore bien délicieusement.

A vous tous, merci.

APPENDICITE

AVEC

SYMPTOMATOLOGIE A GAUCHE

INTRODUCTION

Le 8 avril 1905, une jeune fille de 28 ans, se présentait à la consultation de l'Hôpital général pour être soumise à l'examen de M. le professeur agrégé Jeanbrau ; la consultante se plaignait de douleurs abdominales, survenant par crises éloignées et avec une brusquerie singulière. Interrogée sur le point maximum de la douleur, elle désigna d'une façon très affirmative le côté gauche de l'abdomen.

Sans se laisser dérouter par le siège anormal des phénomènes donloureux et en raison de l'intégrité de l'appareil génital, ne pouvant de ce fait être incriminé, M. Jeanbrau diagnostiqua une appendicite chronique. L'opération, qui s'ensuivit, confirma le diagnostic : l'appendice fut trouvé dévié vers la gauche, au delà de la ligne médiane, et inclus au milieu d'adhérences , dues à des poussées successives de péritonite.

Le cas, sans être exceptionnel, présentait un réel intérêt de pratique, à cause des erreurs de diagnostic qu'il pouvait entraîner, s'il s'était agi d'une malade obèse, à paroi non dépressible.

M. Jeanbrau voulut bien nous faire l'honneur de nous confier l'observation de sa malade, et sur son conseil, nous avons

cherché dans la littérature médicale des observations semblables à la sienne pour faire une rapide étude d'ensemble de ces cas d'appendicites avec symptômes prédominant à gauche.

Ces appendicites sont aujourd'hui connues ; mais, avant 1895, leur symptomatologie était très obscure et causa bien des mécomptes aux chirurgiens. Aimé Guinard ne craint pas d'avouer qu'en 1895, à Lariboisière, en présence d'un abcès de la fosse iliaque gauche, il disait à ses élèves : « Si ces lésions siègeaient à droite, je diagnostiquerais une appendicite ». L'opération fit voir que le cœcum et l'appendice étaient en ectopie dans la fosse iliaque gauche.

Depuis, des cas analogues se sont présentés, quoique très rares, et l'ancienne assertion de Sonnenburg, d'après laquelle les coliques dans l'appendicite simple siègent toujours à droite, est devenue inexacte. Sur 15 cas observés par Foges, il y en aurait eu 6 où la douleur siègeait à gauche de l'ombilic.

La situation anormale de l'appendice explique d'ailleurs nettement cette symptomatologie particulière.

« Il n'est rien de plus variable, dit Testut, que la situation et la direction de l'appendice vermiculaire ».

Sur 150 autopsies, pratiquées par H. Biggs, l'appendice aurait été trouvé 34 fois en dedans du cœcum. On conçoit aisément que, dans ces cas, pour peu que l'appendice ait une longueur sensiblement supérieure à la normale et qu'il vienne à s'enflammer, on puisse rencontrer le foyer péri-appendiculaire dans la fosse illiaque gauche.

L'observation a relevé également des cas d'appendicite, avec prédominance des symptômes à gauche, sans ectopie de l'organe ; ce sont même là les cas les plus nombreux que nous ayons pu recueillir.

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comment l'appendice que nous sommes accoutumés à localiser dans la fosse iliaque droite, peut-il être le point de départ de symptômes prédominants dans la fosse iliaque gauche ?

A. — La première explication qui vient à l'esprit est l'inversion des viscères ; il est de toute évidence que l'appendice, en ectopie dans la fosse iliaque gauche doive, par son inflammation, déterminer surtout dans cette zone, des manifestations douloureuses et des réactions de défense. Cette disposition anatomique, pour être très rare, n'en existe pas moins, et nous en trouvons un exemple caractéristique relaté par M. Legueu dans sa *Monographie de la situation du cœcum chez l'enfant.*

« Il s'agit ici d'un homme de 57 ans, mort de tuberculose et chez lequel l'examen des viscères a permis de constater la disposition exceptionnelle que voici.

» La fosse iliaque droite était occupée dans son entier et uniquement par des anses de l'intestin grêle. Le péritoine est lisse et uni.

» La fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au cœcum, qui s'y présentait tout à fait superficiel avec son appendice.

» Le cœcum était en rapport par sa face postérieure avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intestinal par un

mince ligament péritonéal d'une longueur de 4 à 6 centimètres.

» Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire droite, se dirigeait obliquement de bas en haut et de gauche à droite vers la partie supérieure de l'abdomen. Arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans du fond de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se continuer avec le côlon transverse.

» Celui-ci, d'une longueur de dix centimètres environ, avait une disposition anormale et, après avoir atteint la grosse tubérosité de l'estomac, rédescendait, suivant le côlon descencendant, obliquement vers la fosse iliaque gauche où il plongeait profondément.

» Le revêtement péritonéal du cœcum était complet. L'organe était entouré de toutes parts de séreuse, et jouissait d'une mobilité que ses connexions avec l'S iliaque ne restreignaient que fort peu.

» L'appendice vermiculaire, d'une longueur de six centimètres, était lui aussi recouvert par la séreuse, qui lui formait un méso. Il n'existait pas d'autres anomalies de viscères ».

Dans ce cas, il s'agit évidemment d'une disposition anatomique anormale due à un arrêt de développement.

Dans une communication de Bruce Young (*Journal of Anatomy and Physiology*), nous trouvons un cas analogue.

L'intestin grêle était presque tout entier à droite, la partie sigmoïde en bas à gauche et alors le cœcum et son appendice occupaient la fosse iliaque gauche ; ce dernier plongeait dans le détroit inférieur.

Sans en arriver à ce degré complet d'inversion, il est plus fréquent d'observer des positions intermédiaires que nous nous proposons de décrire ; mais, auparavant, disons un mot de l'étiologie de ces ectopies appendiculaires.

I. Ou le cœcum et son appendice sont primitivement

soit sur la ligne médiane, soit plus à gauche : cette disposition anatomique est le plus souvent due à un arrêt dans la migration du cœcum : c'est une anomalie de développement.

II. Ou cette ectopie est une disposition acquise, et, pour l'expliquer, on a évoqué (M. Glénard) l'entéroptose : il se produirait un relâchement des différents moyens de contention des viscères et un déplacement de ces organes de leur situation normale ; on a dit aussi que des adhérences dues à des poussées successives de péritonite péri-appendiculaire peuvent souder l'appendice à une anse d'intestin grêle qui l'entraînerait ainsi peu à peu au delà du point de repère où nous avons coutume de le chercher.

La longueur de l'appendice serait, à notre avis, un excellent moyen de propagation de l'inflammation à distance ; on conçoit aisément qu'un appendice de 14 centimètres (observation XXVI), libre dans la cavité abdominale, puisse par perforation, siégeant à son extrémité, déterminer un foyer de péritonite relativement éloigné de son point d'implantation sur le cœcum.

Donc nous pouvons avoir :

a. — Inversion complète (cas de Legueu, de Bruce Young, obs. XI).

b. — Cœcum et appendice sur la ligne médiane ou la dépassant un peu à gauche (obs. V, VI, VII, XXI, XXII).

c. — Cœcum en place, mais appendice de longueur anormale et dirigé à gauche (obs. XV, XXVI, XXVII, XXVIII).

Dans ces trois cas, ainsi qu'on peut le constater par la lecture des observations désignées, il n'a pas été perçu, et on le comprend sans peine, de douleur initiale dans la fosse iliaque droite ; le plus souvent (obs. V, XI, XVII, XXVI, XXVII) les phénomènes douloureux ont éclos très nettement à gauche ; d'autres fois (obs. VI, VII, XXI, XXII) la douleur était généralisée d'abord à tout l'abdomen.

B. — Dans un second ordre de faits, l'appendice et le cœ-

cum sont en position normale ; l'inflammation atteint l'appendice : un abcès se forme autour de lui dans la fosse iliaque droite, mais, en outre, se développe un autre abcès du côté opposé ,lequel abcès peut, par des manifestations plus bruyantes, dominer la scène et masquer la véritable origine de l'inflammation, en dirigeant l'attention du clinicien vers la fosse iliaque gauche.

Des faits de ce genre sont relatés dans les observations VIII, IX, XIII, XVIII, XXIII, nous citerons même un cas (obs. XIV) où les 2 abcès, droit et gauche, ne semblaient pas communiquer, l'eau de lavage de l'un ne passant pas dans l'autre.

C'est dans l'étude clinique de ces cas que nous voyons les symptômes à gauche n'apparaître que secondairement à des manifestations nettement localisées à droite ou généralisées à l'abdomen.

C. — Dans certains cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un appendice situé en position normale et enflammé ou à la rupture d'un abcès développé autour de lui, les lésions peuvent présenter leur maximum dans la fosse iliaque gauche, bien que leur point de départ soit à droite.

Nous lisons, en effet, dans les observations III, IV, XV, XIX, que les manifestations inflammatoires et les processus de défense étaient plus marqués à gauche qu'à droite.

Enfin, il est des cas nombreux (obs. II, X, XII, XVI, XX, XXIV) où rien ne vient expliquer la prédominance des symptômes à gauche ; nous avons affaire à une péritonite généralisée, parfois même à une simple injection de tout le péritoine (obs. XVI) sans que les indications fournies par la laparotomie ne viennent donner raison de cette localisation à gauche de la douleur, de l'empâtement, de la défense musculaire.

ETUDE CLINIQUE

Appendicite aiguë à forme type. — Le début est presque toujours subit, brutal : le malade perçoit une douleur violente, en coup de pistolet, localisée en un point situé au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, point dit de Mac-Burney. Cette douleur est bientôt accompagnée d'autres phénomènes douloureux irradiés et paroxystiques, se manifestant sous forme de coliques intestinales, prédominant dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et de constipation par parésie du gros intestin.

Après 24 ou 48 heures de phénomènes douloureux et à l'endroit même où la douleur a son maximum d'intensité, une tuméfaction apparaît. Si l'on percute, on trouve de la submatité superficielle et du tympanisme profond dû à la présence d'une certaine quantité de gaz dans le cœcum. Le ventre est ballonné, le facies grippé ; la fièvre est subcontinue et intense ; le pouls marche de pair avec elle.

Au bout de 3 à 5 jours, les symptômes généraux peuvent s'amender, la douleur s'atténuer et l'induration de la fosse iliaque se résorber. Mais il n'en est pas toujours ainsi : assez souvent, la douleur s'exagère, la température reste élevée ; peu à peu l'empâtement de la fosse iliaque augmente et la suppuration se décèle par ses signes habituels : œdème de la paroi,

dilatation des veines sous-cutanées, frissons et irrégularités de la température.

Si l'abcès n'est pas incisé, il tend à se faire jour dans la cavité abdominale et devient le point de départ d'une péritonite généralisée ; dans ce cas, les symptômes généraux revêtent une excessive gravité, les vomissements deviennent porracés, puis fécaloïdes ; le pouls est misérable et, symptôme très charmant, la courbe de la température ne suit plus une marche parallèle à celle du pouls.

On peut observer avec une égale fréquence des formes graves d'emblée, réalisant le tableau symptomatique de l'appendicite aiguë perforante.

Nous venons d'exposer le plus brièvement possible les symptômes cardinaux qui caractérisent l'appendicite type, à foyer droit ; voyons maintenant ce que voit le clinicien, quand il est en présence d'un des cas qui font l'objet de notre travail. Reprenons la division que nous avons adoptée au point de vue anatomo-pathologique et étudions séparément :

a) Les appendicites avec signes d'inflammation localisée à gauche.

b) Celles où nous constatons des signes d'inflammation à droite et à gauche.

c) Et enfin celles où prédominent les symptômes à gauche avec phénomènes de péritonite généralisée.

I. — *Appendicite avec signes d'inflammation localisée à gauche.*

C'est certainement le cas le plus original et aussi celui qui induit le plus en erreur les cliniciens ; c'est également, il faut le dire, le plus rare. Nous renvoyons aux observations V, XVII, XXVI pour la description de ces cas particuliers où la laparotomie révéla presque toujours une situation anormale

de l'appendice. Il s'agit là évidemment d'une véritable appendicite gauche et tous les phénomènes que nous étions accoutumés à voir évoluer à droite, nous les constaterons à gauche.

II. — *Appendicite avec coexistence des signes d'inflammation à droite et à gauche.*

La symptomatologie est ici assez variable ; le siège de la douleur, spontanément accusée par le malade ou provoquée par la palpation, est le plus souvent à droite, quelquefois à gauche ; puis s'étend rapidement aux deux fosses iliaques et acquiert ensuite son maximum dans la région gauche de l'abdomen. De même la tuméfaction avec tous ses signes accessoires présente une plus grande intensité à gauche.

L'observation XIII peut être donnée en exemple de ces sortes d'appendicite. Nous sommes en présence d'un jeune homme pris soudain de coliques intestinales sans localisation précise ; puis la douleur s'accuse nettement à droite au point de Mac-Burney ; on l'amène à l'hôpital ; les symptômes ont fait du chemin : le ventre est ballonné et la douleur, qui s'est généralisée à tout l'abdomen, devient rapidement plus marquée à gauche ; signes de suppuration au-dessus des deux arcades crurales.

Voici comment Obratzoff décrit la symptomatologie de cette forme d'appendicite : après avoir fait remarquer que l'appendicite peut s'étendre à la fois en haut et en bas et donner lieu à une pérityphlite et à une périsigmoïdite concomitantes, il s'occupe surtout des cas où cette dernière prédomine. « Les symptômes sont plus tardifs que dans la pérityphlite, ne se montrent que cinq à neuf jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, miction et défécation douloureuses, douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche, on a ici des signes physiques des plus nets : saillie de la

paroi, matité au-dessus du pubis, allant de la fosse iliaque gauche, transversalement, ou le plus souvent, obliquement en haut et à droite, et, arrivée sur le bord externe du grand droit de l'abdomen du côté droit, descendant jusqu'au pubis le long de ce même bord. Le point le plus culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de doigt de l'ombilic. Toujours près du bord externe du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Parfois ce point culminant se trouve sur la ligne médiane, et la saillie rappelle par sa forme en poire, la vessie distendue. Sans parler du cathétérisme décisif en ce cas, le son n'est pas, à la percussion, d'une matité franche comme dans la distension vésicale. C'est plutôt un mélange de matité et de tympanisme.

» A la palpation, souvent gargouillement comme dans la pérityphlite ; la périsigmoïdite se distingue par l'épaississement et la dilatation de l'anse du côlon, donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet résistant, très douloureux. L'S iliaque, étant dilatée jusqu'à 8 et 9 centimètres de diamètre, ne descend pas directement dans le petit bassin, mais forme une anse rappelant par sa forme un Ω, et directement appliquée contre la paroi abdominale, d'où saillie, résistance, matité et douleurs au-dessus de l'arcade pubienne et de la fosse iliaque gauche ; d'où ce tableau clinique paradoxal de l'appendicite de la fosse iliaque gauche, tandis qu'à droite les symptômes sont relativement très peu marqués.

» De même que dans la pérityphlite, l'inflammation ne remonte pas jusqu'au côlon transverse, la périsigmoïdite ne s'étend pas jusqu'au côlon descendant. On peut constater par la percussion, nettement le passage d'un segment d'intestin résistant, douloureux et mat à un autre segment dilaté, tendu, mais indolore, et donnant le son sonore du côlon descendant. Il n'y a pas de raison pour admettre de différence quantitative ou qualitative du contenu de ces deux segments intestinaux

qui sont en continuation directe l'un avec l'autre. Il faut donc admettre que la matité de l'S iliaque est due à l'épaississement de ses parois et du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire.

» Outre les signes physiques identiques dans la pérityphlite et la périsigmoïdite, la ressemblance des deux processus devient plus frappante par la formation de bosselures en chapelet le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen. »

La durée de la périsigmoïdite est plus longue que dans les formes précédentes, de trois semaines à deux mois, parfois de trois à quatre mois.

Tout ce qui a été dit à propos de l'extension de la péri-appendicite simple, peut être répété pour l'appendicite perforante : même matité dans la fosse iliaque droite, ou plus ou moins généralisée ; même sensation de résistance ; même passage au cœcum et au côlon descendant (pérityphlite suppurée) ou à l'S iliaque et à l'anse sigmoïde du côlon (périsigmoïdite suppurée). Mais l'appendicite perforante a une tendance à la généralisation de la péritonite.

III. — *Prédominance des symptômes à gauche avec péritonite généralisée.*

Nous trouvons ici tous les signes d'une péritonite généralisée, mais les douleurs sont beaucoup plus intenses à gauche à un certain moment, qu'elles aient débuté en ce point (obs. II, IV, X, XV) ou à droite (obs. III, XII, XIX).

Prenons comme type le malade qui fait l'objet de l'observation XIX. C'est un jeune homme qui se présente à l'hôpital avec tout le tableau symptomatique d'une péritonite généralisée ; il ressent de très vives douleurs abdominales avec maximum dans la fosse iliaque droite. On n'intervient pas ; on prescrit de la glace, de l'opium et de la diète ; une accalmie

trompeuse est le résultat de ce traitement symptomatique. Six jours après, réapparition des signes de péritonite ; cette fois la douleur est beaucoup plus violente dans la fosse iliaque gauche.

Nous verrons (obs. XVI) un cas où la douleur, qui avait débuté sans localisation précise, a fini par acquérir nettement son maximum à gauche.

De même le ballonnement abdominal peut avoir son maximum dans l'hypocondre ou la fosse iliaque gauches.

DIAGNOSTIC

Tous les ouvrages de médecine ou de chirurgie que lit l'étudiant lui enseignent que le symptôme caractéristique de la crise d'appendicite est la douleur siégeant dans la fosse iliaque droite ; à l'hôpital, les cas qu'il peut observer, confirment pour la plupart cette assertion. Plus tard, dans sa clientèle, le médecin est encore accoutumé à voir se dérouler dans la fosse iliaque droite toute la symptomatologie de la crise appendiculaire. L'idée de douleur vive et subite au point de Mac-Burney, s'associe si bien à l'idée d'appendicite que, lorsque ce phénomène se passe à gauche de la ligne médiane, le médecin non seulement ne pense plus à l'appendicite, mais encore parfois l'élimine de prime abord.

Les difficultés du diagnostic varient suivant la symptomatologie spéciale à chaque forme.

Assez souvent les symptômes douloureux n'ont pas débuté d'emblée à gauche ; ils ont siégé à droite, tout au début de la crise ou lors d'une crise antérieure ; en interrogeant adroitement le malade ou son entourage, le médecin pourra se rendre compte de ce fait, qui le mettra immédiatement sur la voie du diagnostic.

En présence d'une péritonite généralisée avec maximum de la douleur à gauche, il faudra songer à l'appendicite si la marche des accidents a été celle de cette affection. Souvent dans ce cas, on a porté le diagnostic de péritonite généralisée de

cause inconnue (Obs. II, III, XII, XV), ou on a pensé à la perforation de l'intestin (Obs. X). D'ailleurs le diagnostic étiologique a ici peu d'importance, car quelle que soit la cause de la péritonite généralisée, le traitement est toujours le même.

Le diagnostic devient extrêmement difficile quand les symptômes n'existent qu'à gauche, d'autant plus difficile qu'on examine le malade au début de l'affection ; on comprend les erreurs des médecins, qui ont fait de l'appendicite une colique de plomb (Obs. IX, de Fraenkel), un volvulus, une perforation de l'S iliaque, une annexite (Obs. XXVII, de Lance), etc...

Avant de porter le diagnostic de colique de plomb, le médecin fera bien d'examiner les gencives du malade, de s'enquérir de sa profession, de voir s'il n'y a pas de parésie des extenseurs, ou toute autre manifestation du saturnisme. Mais si l'attaque d'appendicite survient, avec cette symptomatologie à gauche, chez un individu manipulant du plomb, le diagnostic devient presque impossible.

Il faut écarter l'idée d'un volvulus si le malade n'a pas eu de vomissements fécaloïdes très précoces.

Le médecin devra ne pas se laisser influencer par les symptômes apparents pour porter un diagnostic de salpingite, chez une femme qui présente dans la fosse iliaque gauche de la douleur, de l'empâtement, le tout accompagné d'une courbe thermique indiquant une infection ; il fera bien d'examiner soigneusement les annexes, de pratiquer le toucher vaginal et surtout le toucher rectal ; un examen méthodique révèlera le plus souvent si les annexes sont ou ne sont pas saines. Il faut cependant avouer que le diagnostic n'est pas toujours aisé quand il y a coexistence d'une appendicite et d'une annexite, ou lorsque, chez une femme ayant une vieille lésion annexielle, il survient une appendicite pelvienne, forme si bien décrite dans la thèse de Dormoy.

Le diagnostic se fera donc par exclusion : on précisera d'a-

bord s'il s'agit d'accidents péritonitiques réels (fièvre, facies grippé, pouls petit et fréquent, vomissements, ventre ballonné, tendu et douloureux). A l'aide des antécédents et par l'examen du malade, on établira ensuite s'il s'agit de péritonite d'origine annexielle ou de périsigmoïdite caractérisée par des accidents péritonitiques provoqués en général par un cancer du gros intestin (antécédents de mœlena, d'alternative de diarrhée et de constipation, amaigrissement, fosse iliaque droite indemne) et par exclusion on portera le diagnostic d'appendicite anormale par vice de position de l'appendice ou formation d'un abcès à distance.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Jeanbrau

Le 8 avril 1905, Mlle Charlotte J..., cuisinière, âgée de 28 ans, se présente à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Général, pour des crises de douleurs abdominales.

Maladie actuelle. — Cette jeune fille était à Paris en octobre 1904, lorsqu'elle fut prise, en pleine santé, d'une douleur violente au creux épigastrique ; consécutivement le ventre se ballonna et devint douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche et du flanc gauche. *Pas de douleur à droite* : la malade est très affirmative sur ce point. Pas de vomissements. Ces douleurs persistèrent un mois avec cette particularité qu'elles s'atténuaient par le repos au lit et qu'elles s'éveillaient dès que la malade se levait.

Un soir de novembre 1904, vers 6 heures, elle fut prise brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque gauche, douleur d'une intensité et d'une brusquerie telles qu'elle « arrêtait la respiration » ; cette crise dura une heure ; trois jours après, dans la nuit, la douleur reparut encore plus violente et toujours localisée à gauche et sans la moindre irradiation à droite.

Huit jours après, comme elle avait repris son travail, elle fut prise à nouveau d'une douleur subite et encore plus forte que les précédentes, toujours dans la fosse iliaque gauche, et elle tomba dans la cuisine ; on la releva ; elle vomit son déjeuner et se sentit immédiatement soulagée ; on la mit au lit et les phénomènes douloureux s'éteignirent peu à peu.

Le 8 décembre 1904, les douleurs ayant réapparu, la malade entra à l'hôpital Laënnec ; on lui mit des cataplasmes chauds sur le ventre ; on lui donna de grands lavements de sérum et des pilules de belladone. Une intervention lui fut proposée, sans qu'on lui apprît de quelle maladie elle était atteinte ; se sentant mieux, elle refusa et quitta l'hôpital.

Deux mois après, nouvelle crise douloureuse ; mais cette fois la douleur siège sur la ligne médiane un peu au-dessus de la symphyse. La malade entra à Lariboisière, probablement en pleine poussée de péritonite, puisqu'elle fut traitée par la diète et la glace sur le ventre durant 3 jours et 3 nuits. Elle quitta de nouveau l'hôpital après avoir refusé l'intervention qu'on lui proposait et rentra à Montpellier dans les premiers jours d'avril.

Antécédents personnels. — Cette jeune fille prétend n'avoir jamais été malade ; cependant elle avoue avoir présenté des intervalles de constipation et de diarrhée qu'elle ne peut rapporter à aucune cause.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Examen le 8 *avril* 1905.— Jeune fille bien constituée, en bon état général apparent.

Le ventre n'est pas ballonné ; à la palpation on perçoit, au niveau de la fosse iliaque droite, un boudin oblique en bas et en dedans, paraissant avoir le volume du doigt et légèrement sensible à la pression. Cette malade est très facile à palper ; elle est maigre et a une paroi abdominale très lâche qui se laisse facilement déprimer.

On ne fait pas le toucher vaginal, mais on pratique le toucher rectal, qui d'ailleurs ne fournit aucun renseignement intéressant ; il ne semble pas qu'il y ait de salpingite.

Les autres appareils sont sains ; les urines sont limpides, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. — En l'absence de tout symptôme du côté de l'appareil génital et en raison de la brusquerie des phénomènes douloureux, qui paraissent avoir été des phénomènes de péritonite, et malgré que le maximum de la douleur ait été, à plusieurs reprises et dès le début, localisé à gauche, M. Jeanbrau porte le diagnostic d'appendicite chronique, ayant déterminé des phénomènes douloureux à gauche, probablement à cause d'une direction anormale de l'appendice.

M. Jeanbrau résume à ce sujet aux élèves de la consultation le mémoire de Termet et Vanverts.

Il propose une intervention qui est acceptée par la malade, qui entre à l'hôpital le 11 avril 1905.

Opération le 14 avril 1905, par M. le docteur Jeanbrau.

Chloroforme.

Incision de dix centimètres sur le bord externe du grand droit ; on récline en dedans le bord externe de ce muscle et on ouvre le péritoine : le cœcum apparaît, adhérent en dedans au grand épiploon. M. Jeanbrau libère les adhérences du grand épiploon au cœcum et arrive assez difficilement sur la base de l'appendice complètement inclus dans une gaine formée d'anses grêles adhérentes ; avec l'extrémité des ciseaux courbes, il libère l'appendice de sa base jusqu'à sa pointe qui se prolonge profondément dans le bassin et présente une longueur supérieure à la normale. Au niveau de la pointe, qui est à gauche de la ligne médiane, au milieu d'anses grêles, adhérant les unes aux autres, M. Jeanbrau trouve un petit abcès caséeux du volume d'une noisette, dû à une perforation ancienne de la pointe de l'appendice. Le contenu de cet abcès

paraissant dépourvu de toute septicité, M. Jeanbrau se contente de frotter sa cavité avec une compresse imbibée de sublimé au 1 pour 1000, suivant la pratique de M. le professeur Forgue.

Ablation de l'appendice, dont la base a été préalablement circonscrite par un catgut passé à la Lembert dans la paroi cœcale, de sorte qu'il n'y a qu'à serrer le fil pour enfouir le moignon. Un petit drain est placé au voisinage de ce moignon et sort par la partie supérieure de la plaie pariétale.

Suture de la paroi par trois plans.

Suites opératoires normales. La température ne dépasse jamais 37°. La réunion fut obtenue par première intention ; les crins furent enlevés le 29 avril, mais on n'autorise la malade à se lever que le 10 mai ; elle sortit guérie le 19 mai.

M. Jeanbrau a revu la malade en parfait état de santé à plusieurs reprises depuis l'opération. Elle n'a plus souffert. Sa paroi abdominale est très solide ; l'orifice par lequel sortait le petit drain, qu'on avait cru nécessaire à cause du petit abcès caséeux, est à peine reconnaissable à la palpation. Il est vrai qu'on avait placé sans le nouer un crin de Florence traversant toute la paroi au niveau du drain. Lorsque M. Jeanbrau enleva le drain — qui était sec — vers le sixième jour, il noua le crin et ferma ainsi l'orifice qui, chez une candidate à des grosseurs successives aurait pu amorcer une éventration.

Observation II

Appendicite. Premiers symptômes à gauche.
(Routier. — Communication à la Société de chirurgie, 15 octobre 1890.)

W..., âgé de 23 ans, bien portant d'habitude, fut pris brusquement de douleurs dans l'hypocondre gauche (j'insiste sur ce point, car il fut cause de mon erreur), de suite après un dîner

fort simple, composé d'œufs et de bifteack, le 9 juin 1890 C'était un lundi soir.

Le mardi matin, mon excellent confrère et ami le docteur Catusse vit le malade, crut à une indigestion et le purgea.

La purgation fut vomie, et il n'eut dans la journée qui, sauf cela, ne fut pas trop mauvaise, ni urine, ni matières fécales, ni gaz.

Le mercredi, la douleur se réveilla en se généralisant à tout l'abdomen ; une piqûre de morphine fait patienter jusqu'au soir.

Je vis le malade le soir du mercredi, à 9 heures ; le facies était anxieux, le corps couvert de sueurs profuses, la langue sèche, le pouls petit à 120, la température axillaire à 38°4.

Le ventre, ballonné et sonore partout, était assez douloureux.

La vessie était vide, le rectum aussi, et le toucher rectal ne fournissait aucune indication.

Mon diagnostic fut péritonite, sans pouvoir en préciser la cause ; on appliqua de la glace sur le ventre, on renouvela l'opium à l'intérieur.

Le jeudi matin, le docteur Larat donna un lavement électrique qui amena l'issue de quelques matières, mais sans gaz, si bien que notre confrère, très expert cependant en pareil cas, crut pouvoir diagnostiquer un étranglement à siège élevé.

Je fis transporter le malade à l'hôpital, où il eut une énorme débâcle ; un mieux notable s'ensuivit aussitôt.

Le vendredi matin, ce jeune homme allait bien, il était seulement un peu fatigué des dix selles abondantes de la nuit.

Le samedi, l'état était tellement bon qu'il voulait se lever et rentrer chez lui ; j'eus toutes les peines du monde à persuader aux parents qu'il était prudent de nous le laisser encore.

Dans la nuit du samedi au dimanche, il y eut tout à coup

des vomissements, de la douleur abdominale. Trois selles diarrhéïques, et le malade mourut à 4 heures du matin.

Nous avons trouvé à l'autopsie une péritonite purulente généralisée et au niveau de l'appendice une perforation assez large pour permettre le passage d'un gros crayon.

La communication de l'appendice avec le cœcum était interrompue par une boulette de matières fécales durcies, au centre de laquelle était un poil.

La perforation siégeait entre l'extrémité de l'appendice et cette boulette, à distances égales environ.

J'avoue n'avoir pas fait ce diagnostic, n'avoir pas un instant pensé à la possibilité d'une lésion du côté du cœcum, et cependant cette question m'était d'autant plus familière que je préparais pour un journal une revue sur les appendicites.

Il est évident que si, au lieu de cette douleur brusque signalée à gauche, le malade avait attiré mon attention vers la fosse iliaque droite, j'aurais peut-être cherché davantage ; mais je ne sentis rien dans la région cœcale, que j'explorai avec soin, peut-être à cause du ballonnement du ventre.

L'appendice était complètement libre dans l'abdomen avec un revêtement péritonéal complet. Sa ligature et sa résection, qui auraient sans doute été très facilement exécutées le mardi soir, auraient à coup sûr sauvé la vie de ce malheureux garçon.

Observation III

Appendicite avec symptômes douloureux à gauche.
(Schwartz.— Communication à la Société de chirurgie, 25 octobre 1890.)

Notre excellent collègue le docteur Juhel Renoy nous fait appeler le 21 octobre, auprès d'une de ses malades, entrée à la Maison municipale de santé depuis le 30 septembre pour des accidents d'obstruction intestinale et de péritonite.

Elle est malade depuis le 27 septembre où elle fut prise de coliques très vives, subitement, sans aucune raison apparente, avec localisation dans la fosse iliaque droite avec constipation. On administre deux purgatifs dont le premier fut vomi, dont le second amena, paraît-il, trois selles. Les coliques cessèrent à peu près, mais tout le ventre devint douloureux, surtout depuis lundi ; il se ballonna en même temps que se déclaraient des vomissements verdâtres et un hoquet continuel. De plus, depuis mardi, se montra un ictère généralisé avec urine contenant en quantité du pigment biliaire.

La malade est accouchée il y a six mois et a eu une pelvi-péritonite dont elle était complètement rétablie ; elle a eu aussi il y a quelques années, des accès de coliques hépatiques.

Actuellement, nous la trouvons dans l'état suivant : femme de 30 ans, facies tiré, hippocratique, un peu cyanosé, nez froid, pouls petit battant environ 130 à la minute, température oscillant entre 38 et 39°, tombée hier à 36°5, respiration courte et fréquente, vomissements porracés, hoquet continuel. Le ventre est uniformément ballonné et tympanique. A un rapide examen on ne trouve nulle part d'empâtement ni de fluctuation ; la fosse iliaque gauche est très douloureuse. La malade a ses règles, le toucher vaginal révèle un utérus petit, absolument immobilisé, mais sans saillies du côté des culs-de-sac du vagin.

Mon collègue et ami Routier, voit la malade avec moi, et tous deux nous sommes d'avis qu'il s'agit d'une péritonite généralisée de cause inconnue, qu'en tout cas la seule chose à faire est la laparotomie immédiate.

Laparotomie médiane. Je tombe dans le péritoine sur des anses d'intestin grêle très distendues qui cherchent à sortir par l'incision de la paroi, sur des exsudats fibrino-purulents qui agglutinent les anses les unes aux autres et à la paroi et qui sont *surtout abondants à gauche*, d'où sort, à

un moment donné, une certaine quantité de liquide sanguinolent par suite de la rupture d'adhérences. Je trouve le cœcum vide, l'S iliaque vide, nulle part de bride, rien du côté du foie, quand subitement, en plongeant plus avant dans la fosse iliaque droite, mon doigt crève une poche pleine de pus fétide et de gaz et contenant deux pépins de citrons. Comme il m'est difficile d'arriver dans le foyer par la laparotomie médiane, je fais immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope et de la crête iliaque droite une incision de 10 centimètres qui permet d'arriver sur l'extrémité inférieure du cœcum et sur l'appendice iléo-cœcal. Celui-ci baigne dans le pus, il est absolument détruit au niveau de son extrémité et adhère très fortement à la fosse iliaque. Je le libère immédiatement du cœcum et de la périphérie, j'applique une ligature sur le bout central, que je cautérise au thermocautère, et l'enlève en totalité. Cela fait, je pratique le lavage par la partie médiane du péritoine, en y faisant passer 6 à 7 litres d'eau distillée à 45° ; j'éponge soigneusement et enlève toutes les fausses membranes et ferme toute la plaie de l'abdomen, tandis que je tamponne avec de la gaze iodoformée stérilisée celle de la fosse iliaque suturée seulement à ses deux extrémités, de façon à fournir par là un écoulement aux liquides. Pansement iodoformé. Vessie de glace. Injection sous-cutanée de morphine et champagne frappé à petites doses. L'opérée s'est réveillée assez rapidement, mais elle ne reprend connaissance qu'incomplètement et elle succombe à 8 heures du soir à la continuation des accidents généraux.

Observation IV

(Résumée)

Jalaguier. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892

Enfant de dix ans et demi, ayant eu deux légères attaques d'appendicite il y a six mois et il y a un mois. Le 21 mars

1892, les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs partent du *côté gauche* et s'irradient dans la verge. Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital Trousseau, M. Legroux le fait passer le lendemain en chirurgie.

Le diagnostic de péritonite généralisée ne faisait pas de doute : vomissements incessants ; ventre uniformément ballonné et très douloureux, *surtout dans la fosse iliaque gauche ;* facies grippé ; pouls, 120 ; température, 38°5.

Laparotomie médiane. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales, visibles dans la plaie, sont recouvertes de fausses membranes, d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses qu'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cœcum, on tombe sur une nouvelle collection purulente, contenant une petite boulette fécale. Deux drains du côté du cœcum, deux dans le bassin où existait aussi du pus, un du côté gauche.

Suites simples. Le 4 mai l'enfant était guéri et quittait l'hôpital le 14 mai.

Observation V

(Résumée)

Ryerson Fowler. — *Med. News*, 25 novembre 1893

Garçon de 16 ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements. Le docteur Fowler le vit le deuxième jour.

L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus prononcé *à gauche*. On constatait une zone de sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit gauche, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque gauches. La sensibilité était surtout aiguë dans la région lombaire gauche, s'étendant jusqu'au bord inférieur des côtes en arrière.

Le diagnostic d'appendicite gauche fut fait, et le même jour on fit la laparotomie médiane. Une grande quantité de sérosité purulente s'écoula du péritoine. On trouve une large cavité suppurée à gauche de sa ligne médiane répondant au siège de la matité constatée. La tête du côlon et le cœcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut vers l'ombilic, et perdus au milieu de fausses membranes adhérentes.

Le malade succombe le troisième jour.

L'autopsie montra l'appendice gangrené et perforé ; le cœcum était situé à gauche de la iigne médiane de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Observation VI

(Résumée)

Ryerson Fowler. — *Med. News*, 25 novembre 1893

Homme de 19 ans, entré à l'hôpital avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté au-dessous du grand droit *gauche* une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal. Au début, les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen, il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente libre dans la grande cavité péritonéale. Le cœcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic regardant à gauche ; *l'appendice situé sous le grand droit gauche*, juste au-dessous de l'ombilic. On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie. — Appendice gangrené et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

Observation VIII

(Résumée)

Ryerson Fowler. — *Med. News*, 25 novembre 1893

Femme de 25 ans qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit *à gauche.*

On crut à une simple colique intestinale.

48 heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à gauche de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus interne et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendicite perforante. Le cœcum était maintenu par un court méso-côlon, presque directement au-dessus du promontoire sacré ; l'appendice, recourbé en haut et en dehors au-dessous du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

Observation VIII

Appendicite suppurée avec abcès iliaque gauche.

(Monod. — Communication à la Société de chirurgie, 3 octobre 1894.)

B..., jeune garçon de 6 ans. Enfant maigre et chétif. Alité depuis plusieurs mois. Traité par le docteur Coudray, par la méthode du professeur Lannelongue, pour une ostéite tuberculeuse du tarse qui est en voie d'amélioration.

Le 14 juin 1892, accidents gastro-intestinaux, qualifiés

d'indigestion ; le 15 et le 16, ces accidents s'amendent, l'enfant paraît guéri.

Le 17, crise douloureuse subite, douleur vive dans le flanc droit, le ventre se ballonne : facies pâle, grippé.

Le 18, vomissements, fièvre, le ventre est toujours ballonné ; submatité dans le flanc droit. Il y a aussi de la douleur à gauche.

Sur le conseil du docteur Valmont, médecin ordinaire du petit malade, et du docteur Hutinel, appelé en consultation, on s'abstient de tout purgatif et on donne de l'ipéca.

Le 22, je vois l'enfant pour la première fois. Bon facies. Pas de vomissements depuis le 18. La température se maintient aux environs de 39°.

Le ventre est gros, mais surtout dans sa partie sous-ombilicale.

Il y a de la submatité dans les deux fosses iliaques, aussi bien à gauche qu'à droite.

On aperçoit comme un épaississement de la paroi abdominale, mais surtout vers la ligne médiane ; au-dessus du pubis, le gonflement est presque œdémateux. Langue bonne, humide.

23 juin. — Légère détente de la température (38°3), mais même état local.

24 juin. — La température est de nouveau remontée à 39°. Crises répétées de coliques.

La tuméfaction est manifestement plus considérable à gauche qu'à droite ; elle forme une saillie *visible*. En même temps la *douleur au palper est plus vive à gauche qu'à droite*.

Il n'y a toujours pas de selles. Il est vrai que l'on continue l'opium.

25 juin. — Il y a eu cette nuit une selle spontanée abondante sans coliques. Le ventre n'est plus douloureux à la pression et paraît un peu plus souple. Mais il reste tuméfié dans

toute sa partie sous-ombilicale, avec submatité à gauche et matité à droite, s'étendant jusqu'à la ligne médiane et la dépassant. Température : 38°6.

26 juin. — Le ventre paraît moins gros, ce qui est dû sans doute à l'évacuation intestinale d'hier matin qui s'est reproduite hier soir.

Il n'est toujours pas douloureux à la pression, sauf en un point *à gauche* de la ligne médiane.

En le palpant, on constate que la fosse iliaque, juste au-dessus du tiers externe de l'arcade de Fallope, est libre. La résistance n'est perçue qu'à partir du milieu de celle-ci ; elle s'élève obliquement en haut et en dedans vers l'ombilic, passe transversalement au-dessous de lui, débordant la ligne médiane dans une étendue de deux à trois travers de doigt pour gagner l'arcade de Fallope du côté opposé. Cette rénitence est surtout manifeste juste au-dessus du pubis, en remontant le long du muscle droit.

A la percussion, la matité constatée hier à droite n'existe plus, on ne retrouve un peu de submatité que juste au-dessus du pubis. L'enfant conserve bon aspect, cependant il maigrit ; il présente une légère teinte subictérique.

Le pouls reste à 130 et la température à 39°.

L'examen détaillé, rapporté ci-dessus, fait de concert avec les docteurs Hutinel et Valmont, permet d'affirmer de nouveau la présence de pus et l'urgence d'une intervention.

Celle-ci, jusqu'ici repoussée, est enfin acceptée.

En raison de la localisation des signes physiques, qui n'est pas celle qu'on a l'habitude d'observer dans l'appendicite et des réserves que l'on serait en droit de faire chez un malade atteint de carie du pied, lésion qui pourrait être pour quelque chose dans l'élévation de la température, on décide que l'on fera d'abord une ponction exploratrice dans le point où les

phénomènes locaux (rénitence et matité) sont le plus accentués.

Opération le 26 juin.

Ponction sur la ligne médiane, un peu à droite de celle-ci : pus.

Une incision de 4 ou 5 centimètres est aussitôt pratiquée le long du bord externe du muscle droit, du côté droit ; les tissus profonds, un peu infiltrés, sont coupés couche par couche ; un dernier coup de bistouri ouvre le péritoine et aussitôt un flot de pus jaune-vert, très fétide, s'écoule. L'issue du pus a été précédée d'un léger sifflement dû à la sortie des gaz accumulés dans la cavité, ce qui explique la sonorité constatée le matin remplaçant la matité perçue la veille. Aucun écoulement de matières intestinales.

Le fond de la cavité ainsi ouverte est occupé par une anse intestinale, couverte de grosses granulations sans caractères évidents.

J'explore cette cavité avec le doigt, particulièrement à gauche, pour me rendre compte de la cause de la douleur accusée par le malade de ce côté. Je pénètre ainsi dans un second foyer bien limité, d'où s'échappe un nouveau flot de pus.

Du côté droit il n'y a pas à proprement parler de foyer limité, mais seulement un espace ménagé entre la masse intestinale et la paroi abdominale, dans lequel le doigt s'insinue.

Toutes ces parties, et particulièrement la cavité gauche, sont touchées et nettoyées avec une éponge imbibée d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1/200.

Deux drains sont placés, l'un dans le foyer de gauche, l'autre sous la lèvre droite de la plaie. La plaie est refermée au-dessus par deux points au crin de Florence. Gaze iodoformée et ouate.

27 juin. — Pouls 112 ; température 37°5. L'enfant va bien,

ne souffre pas. Plaie en bon état. Les tubes fonctionnent bien, pus abondant, pas de matières intestinales.

Mort le 28 juin, à 11 heures du soir, de méningite tuberculeuse.

Observation IX

(Résumée)

Fraenkel. — Société de méd. interne de Berlin, 5 janvier 1891

Compositeur d'imprimerie qui fut pris de coliques abdominales et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse ; les phénomènes douloureux étaient localisés *à gauche*. On pensa à une colique de plomb.

Peu à peu se développa une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa à droite la ligne médiane. Après une ponction exploratrice qui révéla l'existence de pus fécaloïde, on fit l'opération. L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi-litre de pus. Peu de temps après la plaie donna issue à des matières fécales.

Guérison complète.

Observation X

Appendicite avec localisation nette de la douleur à gauche.
(Vanverts. — *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1896.)

Le nommé L... Joseph, âgé de 53 ans, entre dans la matinée du 8 avril 1895 à l'hôpital Saint-Antoine (salle Blandin), dans le service de M. le docteur Potherat, remplaçant M. le docteur Monod.

De bonne santé antérieure, le malade fait remonter le début des accidents à dix-huit mois. A cette époque, il fut pris de douleurs abdominales vives avec constipation et vomisse-

ments. Cette crise cessa au bout de quelques jours ; mais le malade continua à souffrir du ventre. Depuis la même époque existe une diarrhée continuelle, alternant parfois avec de la constipation.

Il y a cinq mois éclata une deuxième crise douloureuse très violente accompagnée de vomissements et de constipation. Un médecin conseilla l'intervention chirurgicale qui fut refusée.

Il y a huit jours une douleur violente apparut dans la fosse iliaque gauche, puis s'irradia à tout l'abdomen. Depuis ce moment la constipation est absolue et n'a pas cédé à l'emploi de plusieurs purgatifs. Le malade dit n'avoir pas rendu de gaz et n'a pas vomi.

A son entrée à l'hôpital nous constatons l'existence d'un météorisme abdominal très développé. La palpation du ventre est douloureuse en tous les points avec maximum très net dans la fosse iliaque gauche. (La raison de cette localisation de la douleur est restée inconnue comme on le verra plus loin). Submatité dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique.

L'état général est mauvais. Le malade, alcoolique, est très amaigri, mais ne tousse pas. Le visage est grippé. La température atteint 39° ; le pouls est petit et rapide. Les urines, peu abondantes, sont très colorées.

On pratique le toucher rectal qui ne révèle rien d'anormal. Les poumons paraissent sains.

Le diagnostic de péritonite généralisée, due probablement à une perforation intestinale, étant porté, on anesthésie le malade et, en raison du siège maximum de la douleur, on pratique une incision dans la fosse iliaque gauche. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule de la sérosité purulente très fétide. Les anses intestinales sont rouges, recouvertes en certains points d'exsudats jaunâtres. Il n'existe pas de foyer localisé en ce point ; la péritonite est généralisée. L'état du

malade étant précaire, on ne prolonge pas les manœuvres, et après avoir pratiqué un lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie et placé 2 gros drains séparés des anses intestinales par des bandes de gaze iodoformée, on suture une partie des lèvres de l'incision. Le soir, la température est de 40°3 ; le pouls très petit (135), l'agitation du malade fut marquée. Le pansement, traversé par un liquide séro-purulent, est refait. On pratique une injection intra-veineuse de deux litres de sérum artificiel (formule de Hayem).

Le 9 avril au matin la fièvre est de 39°6. Le malade meurt à midi.

Autopsie. — La péritonite est généralisée sans trace de collection enkystée. Du cœcum se détache l'appendice qui, se dirigeant en bas et en dedans, disparaît après un trajet de deux centimètres environ dans une masse formée par des adhérences les réunissant au rectum, et à une anse de l'intestin grêle. Ces adhérences extrêmement solides résistent aux tractions que nous effectuons sur elles. Avec difficulté nous en séparons l'appendice, qui est sain dans presque toute son étendue, mais dont l'extrémité est sphacélée et perforée.

Les différents viscères paraissent macroscopiquement sains.

Observation XI

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Garçon de 8 ans, présentant depuis deux jours des phénomènes de péritonite : vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement *à gauche*.

A son entrée à l'hôpital des Enfants malades, on constate les signes d'une péritonite généralisée avec maximum de douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparo-

tomie latérale gauche : la péritonite est généralisée ; dans la fosse iliaque gauche on trouve des débris de poche rompue. On y trouve également le cœcum et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain.

A l'autopsie, on constate que du *cœcum situé à gauche* part le côlon ascendant qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypocondre droit, où il se continue avec le côlon transverse qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon ascendant, l'S iliaque sont situés à leur place normale. Le méso-côlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à sa partie inférieure, puisque sa ligne d'attache fixe à la paroi abdominale postérieure occupe sa situation habituelle.

Observation XII

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Le nommé S..., garçon pharmacien, âgé de 36 ans, fut pris, le 16 septembre 1896, de douleurs vives dans la fosse iliaque *gauche*. On le soigna pour des coliques hépatiques, et en conséquence on lui administra plusieurs purgatifs, ce qui explique la diarrhée actuelle.

Il est amené à l'hôpital Andral le 21 septembre dans la matinée. On fait le diagnostic de péritonite généralisée et on l'envoie immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où il arrive dans l'après-midi du même jour. A ce moment l'état est le suivant : ballonnement du ventre, sonorité au niveau de la région hépatique, douleurs généralisées à tout l'abdomen avec maximum dans l'hypocondre et la fosse iliaque gauches ; facies grippé ; température : 40° ; pouls petit à 120. Il est à noter que la palpation de l'abdomen est à peine douloureuse.

Le chirurgien de garde diagnostique une péritonite généralisée de nature inconnue et s'abstient d'intervenir.

Le lendemain matin, M. Faure fait la laparotomie médiane : la cavité abdominale contient un liquide séro-purulent fétide avec de nombreuses fausses membranes. Dans la fosse iliaque droite existe une poche probablement péri-appendiculaire, qui s'est rompue en avant et à gauche. En faisant la toilette de cette poche, on retire un calcul stercoral de couleur jaune clair.

La mort survient le soir à 6 heures.

A l'autopsie on constate une perforation de l'appendice.

Observation XIII

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Le nommé Henri P...., âgé de 15 ans, ouvrier en pianos, entre, le 11 septembre 1896, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Monod, remplacé par M. Arrou.

De bonne santé antérieure, il ressentit, il y a dix jours, vers onze heures du matin, de violentes douleurs abdominales. Il quitta son travail, rentra chez lui et dut s'aliter. Ces douleurs, qu'il ne peut localiser, persistèrent avec des vomissements et de la diarrhée continuelle. Au moment où on allait l'emmener à l'hôpital, il ressentit une violente douleur abdominale qui aurait été plus violente à droite qu'à gauche.

L'état constaté à son entrée à Saint-Antoine est le suivant : ballonnement considérable du ventre ; douleur nettement plus violente *à gauche* ; à la pression, la douleur qu'on réveille à gauche est plus marquée que celle qui existe à droite ; la douleur n'existe que dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen ; pouls petit et rapide ; facies grippé ; température vespérale : 38°4. Immédiatement au-dessus des arcades crurales

existe de la submatité ; un peu plus haut, dans toute la région sous-ombilicale, sonorité très superficielle.

Le 12 septembre, M. Arrou fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite. On tombe sur une vaste collection de liquide séro-purulent, fétide et mélangé de gaz, s'étendant transversalement jusque dans la fosse iliaque gauche, mais paraissant limité en haut par des adhérences. On pratique une seconde incision médiane. Lavage à l'eau bouillie. Drainage dans différentes directions.

La température monte le 13 septembre à 38°8 et 39°5, puis oscille entre 37° et 38° pendant quatre jours et tombe à la normale. L'état général s'améliore progressivement.

Observation XIV

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Jeune garçon de 14 ans environ, soigné depuis quelques jours par le docteur Hanot pour des symptômes typhoïdes.

M. Hanot, trouvant la marche de l'affection anormale, fit demander M. Blum, qui, en examinant l'enfant, trouva de l'empâtement dans la fosse iliaque droite, conclut à une appendicite et conseilla une intervention, qui fut d'abord refusée. On appela alors en consultation M. le docteur Bucquoy, qui fut d'avis que l'on devait intervenir. M. Blum fut alors rappelé. Mais, sur ces entrefaites, l'enfant avait été pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque *gauche* cette fois, et M. Blum y trouva des signes d'une collection assez abondante, l'état de la fosse iliaque droite étant resté d'ailleurs sensiblement le même.

Une incision fut faite à droite et conduisit sur un foyer purulent, mais de très petite dimension. L'appendice fut réséqué et la cavité lavée et drainée. Une seconde incision, faite

à gauche, conduisit également sur un foyer purulent, mais beaucoup plus considérable que le précédent. Lavage et drainage.

Les deux foyers ne paraissent pas communiquer et le liquide de lavage ne passait pas de l'un à l'autre.

L'enfant guérit.

Observation XV

Péritonite suppurée généralisée avec prédominance des symptômes à gauche.
(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Le nommé Lise L..., âgé de 20 ans, marchand de vins à Saint-Denis, est apporté à l'hôpital dans l'après-midi du 25 décembre et est aussitôt admis salle Ambroise Paré (Lariboisière), service du docteur Reynier.

L'état du malade est très précaire. Il est si mal qu'on ne peut guère l'interroger. D'après les renseignements recueillis auprès de ceux qui l'accompagnaient, on peut savoir que les accidents ont débuté quatre ou cinq jours auparavant, par une violente douleur dans la fosse iliaque *gauche*. Depuis il n'y avait pas eu d'issue de matières fécales, ni de gaz par l'anus.

A l'examen, facies péritonéal grippé, nez pincé, yeux caves, langue sale, sèche et saburrale. Abdomen météorisé dans toute son étendue, mais présentant une légère saillie vers la fosse iliaque gauche. A la palpation, l'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement dans la fosse iliaque gauche. Le diagnostic porté d'abord, le malade ne paraissant pas avoir de température, fut obstruction intestinale ou étranglement interne. M. Isch-Wall, assistant du docteur Reynier, fut prévenu. A son arrivée, la température du malade avait été prise et on lui avait trouvé de l'hyperthermie. Le diagnostic fut alors modifié et on pensa à une périto-

nite d'origine inconnue, mais relevant probablement d'une affection dans le voisinage de l'S iliaque.

Du chloroforme fut administré en très petite quantité à cause de la gravité de l'état du malade et en raison de la prédominance des symptômes à gauche, une incision fut faite à gauche, qui conduisit sur un vaste foyer purulent, paraissant limité par des fausses membranes ; on examina l'S iliaque sur lequel on ne trouva rien, et, en raison de l'affaiblissement rapide du malade, on ne poussa pas les recherches plus loin ; la cavité fut lavée, drainée et la paroi suturée. Le malade fut reporté dans son lit, on l'entoura de boules d'eau chaude, on lui fit des piqûres de caféine et d'éther et des injections de sérum ; mais malgré tout il mourut quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée généralisée, et on trouva également un appendice en situation normale, mais perforé.

Observation XVI

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.)

Le nommé Paul C..., âgé de 20 ans, employé de commerce, entre, le 23 mars 1896, salle Velpeau, service de M. le docteur Blum, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs très vives dans l'abdomen.

Trois ans auparavant, à l'occasion, dit-il, d'une absorption exagérée de glaces en plein été, il fut pris pour la première fois de douleurs analogues à celles qu'il éprouve actuellement et il entra à l'Hôtel-Dieu. Il eut des coliques très violentes, accompagnées de douleurs vives, sans localisation bien nette, et quelques vomissements.

Il séjourna près de deux mois dans un service de médecine

de l'Hôtel-Dieu, où il fut traité par des cataplasmes laudanisés et des lavements, accompagnés d'un régime alimentaire sévère. Il en sortit très amélioré, mais depuis, presque tous les mois, il était repris de crises de coliques très violentes et très douloureuses sans localisation bien nette, ces douleurs irradiant dans tout l'abdomen. Jamais de vomissements pendant cette période.

Dans les derniers temps qui précédèrent son entrée, l'état parut s'améliorer et il y eut quatre mois de répit.

Au commencement de mai 1896, il fut repris, et cette crise dura trois semaines avant qu'il se décidât à entrer à l'hôpital. Il souffrait très violemment dans tout l'abdomen sans localisation nette de la douleur. Constipation opiniâtre et, de temps en temps, vomissements.

Le 20 mai, recrudescence considérable des douleurs, mais qui cette fois se localisèrent très nettement dans la fosse iliaque *gauche*. Le malade se montre très affirmatif sur ce point, sur lequel il fut interrogé de façon précise et spéciale. Il indique du doigt, comme siège du maximum de la douleur, un point de la fosse iliaque gauche correspondant au siège de l'appendice du côté opposé.

Vomissements violents de glaires blanchâtres.

Le 23 mai, à son entrée à l'hôpital, on ne constate pas de fièvre, mais le malade a le facies péritonéal : lèvres pâles, nez pincé avec battements des narines ; respiration gênée ; langue saburrale et un peu sèche, pouls bon et pas fréquent.

L'abdomen est très météorisé et sensible dans toute son étendue, mais relativement peu. En revanche, il y a dans la fosse iliaque gauche une zone très douloureuse, très restreinte, précédemment indiquée.

En raison de ces phénomènes, de l'âge du malade et de ses antécédents, et malgré le siège anormal de la douleur, nous portons le diagnostic d'appendicite.

A la palpation, on ne trouve rien du côté du cœcum.

Le chirurgien de garde, M. le docteur Albarran, fut appelé, mais en raison du siège de la douleur et de la bonne qualité du pouls, préféra ne pas intervenir. Régime lacté, glace sur le ventre.

Les choses restèrent en l'état avec une légère accalmie, la température se maintenant entre 37° et 38°, jusqu'au 28. Dans la nuit suivante, il fut repris d'une crise de douleurs très violente pour laquelle on fit appeler l'interne à 4 heures du matin. Piqûre de morphine. A la visite du matin, le facies et l'état de l'abdomen rappelaient ceux de huit jours précédents, et M. Blum résolut d'intervenir.

A cause du siège à gauche de la douleur, qui inspirait quelques réserves sur le diagnostic, on fit une laparotomie médiane ; on arriva sur un péritoine légèrement rouge et injecté, mais on ne trouva rien à gauche. A droite on examina le cœcum ; pas d'adhérences, ni de fausses membranes ; l'appendice était un peu augmenté de volume, rouge, induré, et les vaisseaux en étaient fortement injectés. Résection.

Le malade s'améliora et fut complètement guéri.

Observation XVII

Appendicite avec abcès à gauche.
(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, 1897.)

Le nommé Jean B..., âgé de 28 ans, chauffeur à la Compagnie de l'Est, demeurant à Saint-Denis, entre le 28 décembre 1895 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré.

Aucun antécédent local.

L'affection avait débuté trois jours auparavant par une douleur vive, analogue à un point de côté, du côté gauche.

A l'examen, facies péritonéal ; pouls petit, fréquent ; vo-

missements verdâtres ; absence d'émissions de gaz et de matières fécales par l'anus.

La palpation abdominale décèle l'existence d'une collection *à gauche*, occupant toute la fosse iliaque de ce côté et dépassant la ligne médiane de deux travers de doigt environ.

La fosse iliaque droite est libre et nullement douloureuse.

La portion sus-ombilicale de l'abdomen paraît également indemne.

On fait le diagnostic d'abcès enkysté d'origine appendiculaire.

Le malade étant dans un état très grave, on pratique l'anesthésie à la cocaïne, puis M. le docteur Isch-Wall, assistant du docteur Reynier, fait sur la fosse iliaque gauche une incision symétrique de l'incision classique de l'appendicite droite, qui donne issue à un flot de pus. Le doigt introduit dans la cavité vient buter, à deux travers de doigt et à droite de la ligne médiane contre une masse arrondie, accolée à la paroi abdominale antérieure, et qui semble être l'appendice. M. Reynier, voulant en avoir la certitude, pratique avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, une incision à droite, qui conduit dans une cavité péritonéale absolument saine et le doigt, introduit dans la séreuse, trouve à l'endroit précité, se continuant dans le cœcum, l'appendice augmenté de volume, accolé à la paroi abdominale antérieure et formant la paroi droite de l'abcès. Il est laissé en place.

Il s'agissait donc en somme d'un abcès d'origine appendiculaire, causé probablement par une perforation à gauche de l'appendice, celui-ci ayant protégé à droite la grande cavité péritonéale.

Suture à trois étages de l'incision droite ; à gauche, double drain et gaze iodoformée.

Suites normales. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 22 mars 1896.

Revu depuis, plusieurs mois après, il n'avait jamais rien éprouvé de fâcheux du côté de l'abdomen.

Observation XVIII

Appendicite. Abcès des deux fosses iliaques, le foyer le plus volumineux étant à gauche.

(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux*, 1897

Jeune homme de 19 ans, journalier, sans antécédents héréditaires et de bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'attaques de douleurs abdominales pouvant faire penser à l'appendicite.

Le 26 janvier 1894, à sept heures et demie du soir, apparurent brusquement des douleurs abdominales très vives qui forcèrent le malade à s'aliter. Les douleurs persistèrent, généralisées à tout le ventre, mais avec maximum dans la région sous-ombilicale. La nuit fut très agitée, le sommeil impossible, et le malade eut à plusieurs reprises des vomissements alimentaires.

Pendant les jours suivants, les phénomènes douloureux gardèrent la même intensité et le ventre se ballonna ; mais les vomissements ne se reproduisent plus. Fièvre, lassitude.

La constipation était absolue et la miction difficile.

Le 29 janvier au soir le malade est transporté dans le service de M. Debove à l'hôpital Andral, où il reste quinze jours. On lui administre d'abord un purgatif qui amène une débâcle et on le met au régime lacté.

Pendant son séjour à Andral, le malade a eu de l'insomnie et de la fièvre (38° à 39°5) ; il va à la selle régulièrement.

Les douleurs abdominales diminuent d'intensité ; elles se localisent d'abord dans la fosse iliaque droite, puis dans la fosse iliaque gauche.

Le malade est transporté le 13 février à l'hôpital Saint-Antoine et placé dans le service de M. le docteur Monod. A ce

moment son état est le suivant : dans le décubitus dorsal, il ne souffre pas ; ce n'est que rarement qu'apparaissent quelques élancements dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen est uniformément distendu ; la peau est de coloration normale, sauf au-dessus de l'arcade crurale gauche, où elle est rosée. A la palpation, on constate que la région sus-ombilicale n'est pas douloureuse ; il existe une légère sensibilité à la pression des régions de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre ; le moindre attouchement de la fosse iliaque gauche est très douloureux, mais on ne trouve en ce point qu'un empâtement sans fluctuation appréciable. Cette dernière région est nettement mate à la percussion ; dans la fosse iliaque droite existe de la submatité, et plus haut une sonorité très superficielle. Pas de vomissements ; constipation qui a toujours cédé à l'emploi des laxatifs ou des lavements. La température est à 37° le matin, à 38° le soir.

Le pouls est régulier, ample, peu fréquent. Urines uratiques ; facies pâle, fatigué, yeux excavés.

Opération le 14 février : incision dans la fosse iliaque gauche, analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque externe. Ecoulement abondant de pus épais, un peu fétide, 350 grammes environ.

En introduisant l'index dans la plaie, on pénètre dans le petit bassin ; à la partie supérieure de la poche, on rencontre un dôme formé par la masse molle de l'intestin.

Lavage à l'eau boriquée, tiède.

Seconde incision, analogue à la précédente, dans la fosse iliaque droite ; écoulement du pus. Les foyers droit et gauche communiquent largement. Lavage à l'eau boriquée ; drainage bilatéral ; pansement iodoformé.

Suites : pas de fièvre, pas de vomissements.

Le 16 février. — Lavement ; des matières fécales sortent par la plaie gauche ; grande irrigation dans la plaie, d'où il

s'écoule des matières jaunâtres liquides en grande abondance.

Le 9 mars. — L'incision droite est cicatrisée, la plaie gauche continue à suppurer ; mais il ne s'écoule plus de matières intestinales.

Puis la fistule purulente se ferme complètement.

Observation XIX

Appendicite. Péritonite généralisée avec un gros foyer à gauche.
(Termet et Vanverts. — *Gazette des Hôpitaux,* 1897.)

Homme de 19 ans ; pris brusquement, dans la nuit du 18 au 19 mars 1893, d'une vive douleur dans le ventre. La veille et les jours précédents, le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selle noirâtre. Le 20, douleurs dans tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite ; vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée dans le service de M. Monod (22 mars), l'état est le suivant : facies grippé, langue saburrale, température, 37°5, pouls 96, ventre douloureux et ballonné ; empâtement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale ; matité à ce niveau. Glace intus et extra ; lait ; opium.

23 mars. — Hoquet ; pas de vomissements. Température, 37°5 ; le soir, 38°.

24, 25, 26 mars. — Amélioration. La douleur et le ballonnement diminuent ; la tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée ; selle spontanée, quelques vomissements, facies meilleur ; la température reste cependant à 38°, 38°5 ; pas de pus dans les selles.

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28, 29 mars. — Etat stationnaire ; selles, quelques vomissements ; on ne retrouve pas de tuméfaction péri-cœcale.

30 mars. — Aggravation ; douleurs abdominales plus vives, météorisme très marqué, langue sèche, soif vive, facies très grippé, vomissements, deux selles. On constate qu'il existe à gauche de l'ombilic de la douleur plus vive et de la submatité. La température, qui était à 37° le matin, monte à 39° le soir ; pouls, 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué ; sueurs froides et visqueuses abondantes ; pâleur et refroidissement des extrémités ; température, 37°4 ; pouls, 120 à 130, irrégulier, petit ; respiration haletante, soif vive, vomissements. Ventre très météorisé et très douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie immédiate : incision médiane au-dessous de l'ombilic ; dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent, anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus. La main introduite dans la cavité péritonéale trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cœcum, poche formée par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux.

On ne peut constater nettement les lésions du cœcum et de l'appendice. Lavage à l'eau bouillie. Mèches de gaze iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen. Suture incomplète de la plaie pariétale.

Durée de l'opération : 45 minutes (chloroformisation comprise).

Pas de choc opératoire ; une demi-heure après, le malade se réveille et se trouve mieux.

Soir à 4 heures. — Température, 38° ; pouls petit à 120. A 8 heures : sueurs froides, nez pincé, extrémités glacées, pouls imperceptible ; température, 39°, dyspnée, vomissements verdâtres.

1er avril. — Température 38°8 ; pouls, 120, meilleur que la

veille ; vomissements nettement porracés ; langue rosée ; diarrhée jaunâtre ; dyspnée ; sueurs froides ; connaissance complète. Injection de caféine et de sérum artificiel (30 gr.).

2 avril. — Aggravation. Mort à 3 heures du soir avec une température de 39°5.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin, vaste collection purulente, recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur. Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur, situé en place normale ; son extrémité gangrénée baigne dans le pus ; pas de corps étrangers.

Bactériologie du pus : streptocoque surtout, staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pas été classé ; pas de bactérium coli.

Observation XX

(Barbet. — Thèse de Paris, 1898.)

La nommée Ph... Marie, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Tenon le 14 décembre 1897, salle Colin, dans le service de M. le docteur Giraudeau.

La malade se plaignait de douleurs vagues, un peu plus accentuées du côté gauche. Depuis longtemps, elle est très constipée, et les différents traitements, dirigés pour combattre cet état, étaient restés sans effet. Le samedi 18, douleurs très vives s'irradiant dans tout l'abdomen avec maximum d'intensité au niveau des deux fosses iliaques, *surtout à gauche*. Le lundi son état s'aggravait ; on propose une intervention chirurgicale qui est énergiquement refusée par la malade.

Le lendemain mardi, elle est en pleine péritonite et consent alors à se laisser opérer.

Le ventre est douloureux dans toute son étendue, mais sur-

tout à gauche, la malade est très affaiblie, les yeux creusés, la figure exprimant la souffrance, les extrémités froides.

Le matin de l'opération, pouls incomptable, extrémités froides, pupilles contractées, facies péritonéal.

Après avoir fait une injection de sérum artificiel, on pratique une incision médiane de l'abdomen et on arrive sur un tissu graisseux sous-péritonéal verdâtre.

Epiploon épaissi, rouge, manifestement enflammé ; on l'écarte par en bas et immédiatement apparaît un flot de pus blanc-verdâtre, grumeleux et fétide. Les anses intestinales sont couvertes de fausses membranes épaisses. En écartant ces anses, qui ont contracté entre elles de nombreuses adhérences, on met à jour des foyers purulents jusque dans le petit bassin.

Enfin on arrive sur un utérus qui est en rétroversion, avec des ovaires qui lui sont adhérents à sa face postérieure.

Du cul-de-sac de Douglas, on fait jaillir un flot de pus très abondant et de même nature que le précédent. La cavité est lavée avec de l'eau bouillie, et refermée. Un drain est laissé à demeure.

Mort quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, lésions de péritonite généralisée. Les anses intestinales sont rouges et visqueuses, avec de nombreuses adhérences entre elles.

Mais il n'y a pas d'adhérences dans le petit bassin, non plus que dans la fosse iliaque gauche, le flanc gauche et l'hypocondre gauche, mais à ce niveau on trouve du pus collecté.

L'utérus et les deux trompes sont intactes.

L'appendice vermiculaire contient deux calculs stercoraux de volume et de la forme d'un noyau d'olive. Il présente une perforation au niveau de l'extrémité inférieure du calcul stercoral supérieur. La moitié inférieure de l'appendice est sphacélée.

Il est à noter que le cœcum et l'appendice sont à leur place normale dans la fosse iliaque droite, mais l'appendice est fortement adhérent au pavillon de la trompe droite, de sorte qu'on ne l'apercevait pas au premier abord et qu'on a été obligé de le chercher un peu.

Observation XXI

(Barbet. — These de Paris, 1898.)

M. H. B..., âgé de 20 ans, toujours bien portant. Le 15 décembre encore en excellente santé. Le 16, ressent quelques douleurs vagues dans la région abdominale, sans caractères bien précis.

Le 17. — Le malaise s'accroît, mais il s'y joint une vive douleur *dans le côté gauche* ; à droite le ventre paraît souple ; on porte le diagnostic de gastro-entérite.

Le 18. — Le point de côté, à gauche, a augmenté d'intensité ; crise convulsive. Empâtement sur la ligne médiane.

Laparotomie médiane. On trouve des anses intestinales agglutinées, et la rupture des adhérences amène l'écoulement d'un flot de pus qui s'échappe de la région appendiculaire.

On libère l'appendice, qu'on trouve en partie sphacélé, situé sur la ligne médiane, au milieu du pus, et, au centre, un calcul de la grosseur d'une noisette.

Contre-ouverture, drainage. La maladie a évolué sans fièvre au dire du malade, qui a guéri dans l'espace d'une vingtaine de jours.

Observation XXII

(Barbet. — Thèse de Paris, 1893.)

Au mois de novembre 1894, le nommé B..., gardien de la paix, reste trois jours sans rendre ni matière, ni gaz par l'a-

nus. Un lavement lève l'obstacle, mais il doit se reposer 35 jours.

En février 1895, M. le docteur Routier est appelé auprès de lui et constate des accidents analogues. Après avoir pensé à l'appendicite, il conclut à une tumeur de l'S iliaque. Cette occlusion incomplète dure 28 jours. Le 19 juillet, douleur abdominale, ballonnement, gêne respiratoire qui domine tout. Le malade rend péniblement quelques matières, et on le trouve soulagé par des lavements à l'eau de Seltz.

Le 22, le malade entre à Necker, dans le service de M. le docteur Routier. M. Benoît, interne de service, constate une douleur à droite au point de Mac-Burney.

Le 23, au matin, la douleur était *à gauche*, et on sentait une tumeur mobile, de sorte que M. le docteur Routier revenait à l'idée de néoplasme de l'S iliaque.

Le 26. — A la suite de purgatifs, les phénomènes s'amendent, le ballonnement disparaît.

Le 29, on sentait la tumeur à gauche.

Le 1er août, on fait une laparotomie médiane, et on sent une tumeur médiane sous des anses adhérentes de l'intestin grêle. Pas de traces de péritonite. La tumeur est formée par le mésentère, mais il y a quelque chose dessous. Le malade est placé sur la table à renversement, et on arrive sur le cœcum, qui ne peut être attiré dans l'incision médiane à cause des fausses membranes.

On arrive enfin sur l'appendice, qui est presque sur la ligne médiane, mais plongeant dans le petit bassin, pour passer sous un pont de mésentère.

On le libère péniblement ; il est friable et sa pointe reste dans ce tunnel sous-mésentérique. Son méso se rompt ; ligature de l'artère, attouchement au thermocautère, drainage avec mèche de gaze et tube de caoutchouc.

Le 4. — Ablation du drain.

Le 6. — Ablation de la mèche ; on remet un drain, parce qu'il y a un écoulement séro-purulent.

La convalescence s'effectue sans incident.

Observation XXIII

Appendicite avec abcès iliaque gauche.
(Menard. — Thèse de Paris, 1902, d'après Lejars.)

Jeune fille de 21 ans, très adipeuse, santé excellente jusque dans les derniers jours, et qui n'avait commencé à souffrir que le 4 novembre 1895. Le début ne semblait pas avoir été fort bruyant ; la douleur siégeait dans les deux fosses iliaques, mais surtout à gauche. Elle ne tarda pas à s'irradier dans l'abdomen en s'accompagnant de constipation opiniâtre et de vomissements. La malade était entrée le 4 novembre dans le service de M. Fernet, qui nous la montra le 12. L'état s'était aggravé, il y avait un arrêt stercoral complet, les vomissements étaient devenus verdâtres et, malgré le tympanisme considérable, on sentait manifestement dans la fosse iliaque gauche une masse volumineuse profondément fluctuante, qui paraissait la remplir tout entière. A droite, la palpation ne réveillait aucune douleur spéciale ; elle était sensible comme sur tout le reste de l'abdomen, et rien de plus. La malade était vierge, assez mal réglée, et la période menstruelle avait été brusquement interrompue au début des accidents actuels.

S'il était indéniable que nous nous trouvions en présence d'une collection iliaque ou ilio-pelvienne suppurée, compliquée d'une réaction péritonéale inquiétante, la pathogénie en restait très obscure et nous nous attendions à une surprise.

Dans la journée, je pratique l'incision iliaque gauche et je tombe sur une masse d'épiploon épaisse et adhérente, au-dessous de laquelle on sent une grosse poche tendue ; pendant

que je la soulève doucement, la paroi de la poche se rompt et un flot de pus s'échappe, du pus très fétide, d'odeur intestinale. Quand l'évacuation est terminée, je pénètre dans une vaste cavité qui se prolonge de gauche à droite et paraît se diriger vers la fosse iliaque du côté opposé. Grand lavage et drainage.

Les accidents inquiétants disparaissent, la malade guérit, mais il reste pendant plusieurs mois un trajet fistuleux qui fut curetté à diverses reprises et qui s'étendait de gauche à droite, probablement jusqu'aux débris non résorbés de l'appendice.

Observation XXIV.

(Communiquée par le docteur Routier, *in* Thèse de Barbet, Paris, 1898.)

Le 10 février au soir, je suis appelé par le docteur Plateau, auprès d'une malade, Adèle, femme de chambre, âgée de 54 ans, qui avait été prise assez brusquement de douleurs dans le ventre vers l'ombilic et à gauche. Peu ou pas de selles, vomissements alimentaires. La journée du 17 s'est passée sans gaz, sans garde-robe ; un lavement a vidé le gros intestin.

Le matin du 18, on a donné 15 grammes d'huile de ricin, qu'elle a gardée. Ventre très ballonné, sonore partout, *douleur à gauche de l'ombilic*. Nez froid, pas de gaz, langue humide, pouls 104, respiration 40.

En août 1894, elle a eu une crise à peu près analogue, moins forte, prise par le médecin qui l'a soignée à la campagne pour une péritonite. Malade un mois avec douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 19, la malade est apportée à Necker, elle a rendu quelques gaz et, durant la nuit, n'a pas vomi.

Le 30 au matin le pouls est de 120, ventre souple, langue bonne, un peu sèche.

Le 31, il existe une masse qui remplit le petit bassin, surtout à droite.

Le 2 mars, laparotomie. On trouve un fibrome utérin, avec ovaires atrophiés ; à droite, paquet d'adhérences ; le cœcum déborde dans tous les sens ; en dedans de lui, je trouve un abcès avec pus verdâtre, bien lié.

Cet abcès est limité en haut et en dehors par quelque chose que je soupçonne être l'appendice.

Je le décortique avec peine ; méso très épais et friable : ligature soie, mèche de gaze, suture à la soie. L'opération a duré une demi-heure.

Le 4, elle a rendu des gaz ; pouls rapide, langue bonne.

Le 7, j'enlève la mèche ; elle a une excitation qui paraît due à l'iodoforme.

Le 11, escarre sous la fesse droite ; mieux très marqué.

Le 17, se lève tous les jours.

Observation XXV

(Communiquée par le docteur Routier, *in* Thèse de Barbet, Paris, 1898.)

Le docteur Cheurlot vient me chercher à minuit pour son client malade depuis le 20, Louis P...

Le 20, après son déjeuner, le malade fut pris de vomissements. Se couche le soir avec de la *douleur à gauche*, et se plaint d'avoir comme un ballon à expulser. Epreintes vésicales et rectales.

Le 22, M. Cheurlot s'aperçoit dans l'après-midi que le ventre se distend ; il vient me prendre à minuit.

Le 24, langue humide, voix bonne, facies un peu tiré, ventre ballonné ; le malade montre le point de Mac-Burney. Le muscle se défend ; pas de matité, mais la percussion provoque

de la douleur. A gauche, maintenant, la paroi est souple et peu douloureuse.

Température : 31° ; pouls : 80.

Le diagnostic d'appendicite est porté et, à deux heures du matin, on décide une intervention : laparotomie sur le bord du muscle droit.

Il n'y a pas de traces d'adhérences. En enlevant le cœcum entre la paroi de la fosse iliaque et lui, flot de pus, et sur l'intestin, plaques verdâtres qui se détachent. On sent l'appendice dans le petit bassin. Je l'ai très facilement, mais il s'échappe un noyau fécal par une perforation. Ligature à la soie et au catgut pour renforcer. Ensuite je plonge le doigt dans le petit bassin et je donne issue à un flot de pus. Je place deux drains et je constate qu'il vient encore du pus du côté du foie : lavage ; je remets deux autres drains jusque sous le foie.

Le 25, le malade va mieux ; il a dormi, a beaucoup uriné sous l'action des 500 grammes de sérum qu'on lui a injectés.

Le 26, raccourcissement des drains ; le 27, suppuration abondante, due à la rétention d'un fil de catgut qui finit par s'éliminer.

Le malade va ensuite de mieux en mieux, et la guérison s'effectue très rapidement.

Observation XXVI

Appendicite pelvienne gauche sans inversion des viscères. Occlusion intestinale sur des brides de péritonite ancienne.
(Lance. — *Bulletin de la Société anatomique*, 17 octobre 1902.)

B... Eugène, 27 ans, manœuvre, entre le jeudi 9 octobre, salle Cloquet, lit n° 35, à 8 heures du soir. Il raconte qu'il a été pris la veille à 6 heures du matin, en se levant, d'une brusque douleur dans le ventre. Cette douleur a débuté à gau-

che de l'abdomen en dessous d'un point de Mac Burney qui serait à gauche. De là la douleur a gagné « comme une barre », dit-il, toute la partie inférieure du ventre ; malgré cela, il est allé à son travail. Il a fait une selle dans la matinée. La douleur augmentant, il est rentré chez lui à midi et s'est couché. Il n'a pas eu de vomissements, pas de selle, ni d'émission de gaz par l'anus. Il urine normalement. Le lendemain après-midi, le médecin du bureau de bienfaisance ordonne son transfert à l'Hôpital.

A l'examen, nous trouvons un homme vigoureux, très absorbé, le facies animé, répondant difficilement aux questions posées.

Température : 37°2. Le pouls est ample, bien frappé, on compte 85 pulsations.

Le ventre est contracturé dans toute sa moitié sous-ombilicale, surtout à gauche. La moitié sus-ombilicale est plate et souple. En aucun point on ne trouve de matité. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse, avec hyperesthésie de la peau. Le maximum de la douleur est nettement à gauche, en un point qui correspond au tiers interne de l'arcade crurale, environ trois travers de doigt au-dessus d'elle.

Au toucher rectal, on ne trouve rien de particulier. Le rectum est vide de matières.

On trouve dans ses antécédents à noter seulement qu'il a eu déjà 2 ou 3 fois des douleurs vives du ventre, mais elles se sont calmées rapidement et jamais il ne s'est alité. En présence de ces phénomènes, nous admettons la possibilité d'une crise appendiculaire. Aucun phénomène n'indiquant l'urgence absolue de l'intervention, nous prescrivons de la glace sur le ventre, diète absolue.

A 10 heures du soir, l'état du malade est identique.

Le lendemain matin, 10 octobre, la scène a changé complè-

tement. Le facies est tiré, le nez pincé, les yeux excavés. Il présente une obnubilation complète et répond à peine aux questions. Le pouls, bien frappé, est à 100. Température, 37°9.

Depuis 4 heures du matin le malade a vomi plusieurs fois ; ce sont des vomissements bilieux, dans lesquels on trouve l'aspect poudre de tabac qui révèle une légère hémorragie gastrique. Le ventre n'est pas contracturé, il présente un ballonnement considérable à maximum sus-ombilical, l'épigastre est soulevé en une voussure considérable et la matité hépatique a complètement disparu. Le ventre est douloureux dans toute son étendue, mais avec un maximum net dans le flanc gauche.

M. Ricard pose le diagnostic d'occlusion intestinale dont il est difficile de préciser l'origine ; cependant, d'après les commémoratifs, il penche plutôt en faveur d'un volvulus.

M. Ricard pratique une laparotomie médiane.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe une quantité notable de pus louche, mal lié. En même temps, les anses intestinales considérablement distendues, rouges, avec quelques fausses membranes blanches font hernie par l'incision. Immédiatement en dessous de ces anses dilatées on en sent d'autres aplaties. En déroulant au dehors les anses intestinales, on lève l'obstacle, car on entend un gargouillement et les anses grêles aplaties se distendent. Cet obstacle, qu'on ne cherche pas plus longtemps devait être serré, car on trouve sur l'intestin un point nettement rétréci au niveau duquel il y a du sphacèle au début en forme de sillon. On s'assure que la circulation intestinale est bien rétablie et que les gaz viennent distendre le cœcum, qui était plat. On explore rapidement l'appendice, on ne le trouve pas.

Deux gros drains, un dans le Douglas, l'autre au milieu des

anses distendues, un seul fil métallique total entre les deux drains. Sérum.

Le soir, température 38° ; pouls 100. Le malade a vomi seulement une fois avant son réveil. Il dit ne plus souffrir du ventre.

Dans la nuit quelques gaz sont rendus par la sonde rectale.

Le 11 au matin, l'état est le même, le malade n'a pas vomi.

Dans l'après-midi, les vomissements recommencent. Le malade se refroidit rapidement et meurt à minuit.

Autopsie le 13 *octobre*. — On trouve le cœcum en place. L'appendice est long de 14 centimètres, adhérent sur la face droite du rectum sur une longueur de 10 centimètres. Il paraît à peu près sain sur cette longueur ou du moins ne présente que des lésions anciennes ; son extrémité libre, très dilatée, turgide, rouge, passe devant le rectum et vient se loger le long de son bord gauche.

A la coupe de l'appendice on constate que l'extrémité dilatée présente une plaque de nécrose de la muqueuse.

Le Douglas est rempli de fausses membranes récentes.

Le côlon ilio-pelvien est sur sa moitié initiale adhérent à la partie terminale du mésentère tout près du bord adhérent d'une anse intestinale. Ces adhérences se terminent par un bord libre, résistant, très mince. Il semble qu'elles soient dues à des lésions de péritonite ancienne.

On retrouve les anses intestinales qui ont été étranglées. Ce sont des anses de la portion moyenne de l'iléon. Plus bas, sur le grêle, se trouvent 2 anses réunies entre elles par des adhérences anciennes.

Le tympanisme sus-ombilical est dû à la dilatation par des gaz du côlon transverse, qui est énorme, et masque entièrement le foie. Les côlons ascendant et descendant sont plats. La dilatation du côlon transverse est due à une paralysie partielle du gros intestin.

En résumé : appendicite pelvienne portant sur l'extrémité de l'appendice située à gauche du rectum ; à l'occasion de cette poussée aiguë d'appendicite, il s'est produit des contractions intestinales qui ont amené l'étranglement d'anses grêles sur des adhérences péritonéales, celles-ci relevant peut-être de poussées antérieures d'appendicite.

Observation XXVII

Appendicite pelvienne gauche ancienne

(Lance. — *Bulletin de la Société anatomique*, 7 novembre 1902.)

S... Marie, 44 ans, entre le 16 octobre 1902 au Pavillon Cruveilher, dans le service de M. Ricard. C'est une femme obèse, à parois relâchées qui vient pour un prolapsus génital marqué. En la touchant, on trouve dans le cul-de-sac gauche une masse dure, non mobile sur l'utérus, douloureux à la pression. Elle explique alors qu'elle a eu plusieurs fausses couches autrefois, des accidents péritonéaux graves, qu'elle a pendant longtemps suivi un traitement pour des salpingites. On pense à un reliquat de salpingite et, comme on lui attribue les douleurs très vives dont se plaint la malade, on décide de l'opérer.

Le 31 octobre on pratique une laparotomie. On trouve en arrière de l'utérus l'appendice cœcal englobé dans des adhérences qui tiennent à l'utérus et à la trompe gauche. Il est volumineux et congestionné. On l'enlève. Les annexes des deux côtés sont saines.

On pratique ensuite une hystéropexie et une périnéorraphie postérieure par dédoublement.

L'examen de la pièce montre un appendice très gros avec d'énormes franges graisseuses qui présentent des adhérences.

La coupe montre près de son origine deux dilatations séparées par un rétrécissement serré. Dans chacune des dilatations se trouve une boulette de matières fécales durcies.

Si l'on prend avec soin l'observation de la malade, on voit que si le diagnostic exact était difficile, du moins bien des particularités auraient pu faire penser à de l'appendicite.

La malade a commencé à l'âge de 8 ans à souffrir du ventre. Elle avait des crises passagères avec vomissements et constipation opiniâtre qui lui faisaient garder le lit.

Bien réglée ; elle n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans, elle eut l'année suivante une grossesse normale.

A l'âge de 26 ans, elle est prise d'accidents péritonitiques graves qui durent près de trois ans. Pendant des mois entiers elle reste alitée avec des poussées douloureuses accompagnées de vomissements abondants et une constipation opiniâtre. A l'examen, on lui trouve, dit-elle, des abcès dans le ventre, derrière la matrice.

Pendant cette période elle fait trois fausses couches, une de six semaines, les autres de un mois environ.

Depuis cette époque, pendant une période de 7 années, elle souffre beaucoup moins. Son ventre ne devient douloureux qu'au moment des règles. Celles-ci sont d'ailleurs régulières. Elle n'a aucune perte.

A 30 ans, nouvel accouchement normal, au cours duquel se produit une déchirure du périnée.

Depuis l'âge de 36 ans, les douleurs augmentent. Mais leurs caractères diffèrent : ce sont surtout des douleurs dans les reins, surtout à la fin de la journée. Un médecin consulté lui fait porter une ceinture abdominale et lui pratique des pansements utérins avec des tampons.

Depuis 3 mois, les douleurs sont devenues si vives qu'elle est obligée de piquer à la machine. Ce sont ces troubles qui l'ont amenée à consulter à l'hôpital.

CONCLUSIONS

1° La possibilité d'une appendicite doit se poser lorsque, chez un sujet présentant de la fièvre, de la fréquence du pouls, des vomissements et de la constipation, il sera perçu à l'examen de l'abdomen, une zône douloureuse, submate, avec empâtement, dans la fosse iliaque gauche.

2° La situation anormale de ces signes caractéristiques de l'appendicite peut s'expliquer :

a) Soit par une inversion des viscères, le cœcum et l'appendice étant situés à gauche ;

b) Soit par une déviation en dedans de l'appendice augmenté de longueur ;

c) Soit par l'éclosion d'un foyer purulent dans la fosse iliaque gauche, abcès consécutif à un premier abcès péri-appendiculaire à droite ;

d) Soit, dans le cas de péritonite généralisée, par une intensité plus grande des phénomènes inflammatoires à gauche.

3° On fera le diagnostic différentiel d'avec :

a) L'annexite, par l'examen méthodique des annexes, d'après les signes que fourniront le toucher vaginal, le toucher rectal et les antécédents génitaux ;

b) La colique de plomb par l'existence des signes habituels du saturnisme, qui manqueront dans l'appendicite ;

c) La périsigmoïdite, due le plus souvent à un cancer, par

l'interrogation du malade, qui accusera des antécédents de mœlena, des alternatives de diarrhée et de constipation et par l'examen direct : amaigrissement, fosse iliaque droite indemne ;

d) La perforation intestinale, par la précocité des vomissements fécaloïdes et la dissociation rapide de la courbe de la température et de celle du pouls.

4°En cas de diagnostic incertain, la laparotomie s'impose, qu'on fera médiane, quitte à faire une contre-ouverture latérale, s'il est nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

BARBET. — Quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche. (Thèse de Paris, 1898.)

BRUCE YOUNG. — Journal of anatomy and physiology, 1894.

COURTOIS-SUFFIT. — *In* Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, tome III, page 472.

FARABEUF. — Arrêt d'évolution de l'intestin. Progrès médical, 1885.

FOGES. — Semaine médicale, 1896, page 111.

FRAENKEL. — Société de médecine interne de Berlin, 5 janvier 1891.

GLÉNARD. — Les ptoses viscérales, page 206.

GUINARD. — *In* Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

HARRIS. — Journ. americ. Assoc., 21 décembre 1895, page 1086.

JALAGUIER. — *In* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

— Bulletin de la Société de chirurgie, 1892, p. 632.

LAFFORGUE. — Recherches anatom. sur l'append. vermicul. du cœcum. Journ. interna[t]. d'anat. et de physiol., 1893.

LANCE. — Bulletin de la Société anatomique, 17 octobre 1902

— Bulletin de la Société anatomique, 7 novembre 1902.

LEGUEU. — Développement et situation du cœcum chez l'enfant. Bulletin de la Société anatomique, 1891.

— Monographie sur l'appendicite.

LEJARS — Chirurgie d'urgence, page 421.

MÉNARD. — Des variétés anatomiques de l'appendice cœcal et de leur influence sur la pathogénie de l'appendicite. Thèse de Paris, 1902.

MONOD. — Bulletin de la Société de chirurgie, 3 octobre 1894.

MONOD et VANVERTS. — Monographie sur l'appendicite, page 111.

OBRATZOFF. — Médecine moderne, 1895, p. 409.

RICARD. — Gazette des hôpitaux, 1891, n° 17.

Routier. — Bulletin de la Société de chirurgie, 15 octobre 1890.
Ryerson Fowler. — Med. News., 25 novembre 1893.
Schwartz – Bulletin de la Société de chirurgie, 29 octobre 1890.
Termet et Vanverts. — Gazette des hôpitaux, 9, 11, 16 et 20 mars 1897.
Testut. — Traité d'anatomie, tome III.
Vanverts. — Bulletin de la Société anatomique, 17 avril 1896.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 janvier 1906.
P^r Le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuve :
Montpellier, le 19 janvier 1906
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
